Rok XXXIV. Kraków 20. Lipca 1895 r. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: [illegible] Telefonu Nr. [illegible]

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, [illegible] Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180, [illegible]

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 30 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. Z pracowni położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. pod kierunkiem prof. Dra Marsa.

O zmianach błony śluzowej jamy macicy w przypadkach raka części pochwowej i szyi.

Napisał

Dr. Maksymilian Cercha.

WSTĘP.

Jakkolwiek w obecnej chwili wszyscy operatorowie zgadzają się na to, że w razie zajęcia dolnego odcinka macicy przez nowotwór złośliwy należy macicę usuwać w całości, bez względu na to, czy okres, w jakim się znajduje nowotwór, jest zaledwie początkowym, lub, czy rak już więcej się rozwinął, gdyż tylko na tej drodze można się spodziewać wyleczenia, to przecież do niedawna wykonywano jeszcze dwa inne zabiegi celem radykalnego leczenia raka części pochwowej i szyi, t. j. odcięcie części pochwowej śródpochwowe *(amputatio portionis vaginalis intravaginalis.* Braun), i odcięcie części pochwowej i szyi nadpochwowe (*amputatio supravaginalis.* Schroeder).

Prof. Schroeder, opierając się na badaniach Rugego i Veita, tyczących się rozwijania się raka części pochwowej i szyi, które zdaniem R. i V. wykazały, że rak jest cierpieniem miejscowem, dopóki ogranicza się do części pochwowej i dolnego odcinka szyi i nie rozszerzył się zbyt w sąsiedztwie, a z drugiej strony chcąc uczynić zadość temu szczytnemu zadaniu leczenia, t. j. aby usuwając chorobę, nie pozbawiać kobiety, o ile to możliwe, ważnego organu, podał wymieniony sposób operowania.

Nie dziwnego, że postępowanie to, polecone i wykonywane w owym czasie, kiedy wyniki po usunięciu całkowitem nie były świetne, albowiem daty statystyczne, zebrane między rokiem 1877—1887, wykazują po wyjęciu macicy 32·9% (Brunner)[1], 28% (Munde)[2], 24% (Hache)[3] śmiertelności, gdy po częściowej operacyi śmiertelność w tym samym czasie wynosiła 9·5%, gdy nadto wyniki co do trwałego wyleczenia po amputacyi, jak to wykazuje Hofmeier[4], przemawiały na korzyść odcięcia częściowego, albowiem:

po dwóch latach było wyleczonych przypadków

po operacyi częściowej	46%
„ „ całkowitej	24%
po trzech latach	
po operacyi częściowej	42%
„ „ całkowitej	26%
po czterech latach	
po operacyi częściowej	41·3%
„ „ całkowitej	— %

nic dziwnego, że wyniki te musiały wywołać pewną reakcyę i zwrot ku więcej zachowawczemu sposobowi leczenia raka. Przez szereg lat zdania operatorów są podzielone, który z tych sposobów zająć ma dominujące w operacyjnem leczeniu raka stanowisko. Williams[5]) n. p. w monografii swej w przekładzie niemieckim z r. 1890 a zatem już w czasie, gdy śmiertelność po wyjęciu macicy zmniejszyła się znacznie, wcale nie stawia wyżej wyłuszczenia macicy w całości nad operacyę częściową, opierając się raz na wyniku badań histologicznych nad rozszerzaniem się raka dolnej części macicy, które wykazały, że nowotwór zajmuje najwcześniej pochwę i *parametrium*, a powtóre uwzględniając, że kierunek cięć przy wyłuszczaniu zupełnem i przy operacyi Schroedera jest

[1]) Brunner: Dissertation. Zürich. 1884.

[2]) Munde: Americ. gynaek. assoc. (Gynaek. Transact.) cytow. z Pozziego.

[3]) Hache: Revue des sciences méd. 1887. p. 721.

[4]) Hofmeier: Zeitschrift für Geburts. und Gynaekologie. Tom 13. Z. 2. 1886.

[5]) Williams: Ueber den Krebs der Gebärmutter. Deutsch. v. C. Abel. Berlin 1890.

prawie ten sam. Z biegiem jednak czasu zupełne wycięcie macicy, przez wielu wprawnych operatorów wypróbowane i ulepszone, zaimponowało dobrymi wynikami nawet tym, którzy dotychczas chętnie poprzestawali tylko na operacyi częściowej, statystyka bowiem po roku 1886 wykazuje procent śmiertelności 5% (Leopold)[6], 4% (Kaltenbach)[7] a nawet mniej (Ott)[8], chociaż co do trwałego wyleczenia i w tym czasie nie świetne są wyniki. Gdy jeszcze trwa ta niepewność co do wyboru operacyi, ale, gdy już nawet uczniowie Schroedera o racyonalności operacyi częściowej powątpiewać zaczęli, że tu wymienię zdanie Schatza, który wyłuszczając macicę z powodu nieznacznych zmian na części pochwowej, znalazł w jamie powyżej ujścia wewnętrznego część zajętą przez nowotwór drążący aż do otrzewny, tak mówi: *Mir als Schüler Schroeders fallt es schwer zu bekennen, dass solche Falle, wie dieser wohl Anleitung geben müssen, sich im jedem sicher gestellten Falle von Carcinom nicht mit der supravaginalen Amputation zu begnügen, sondern immer die totale Operation vorzunehmen*, właśnie w tym czasie ogłasza C. Abel[9]) z kliniki Landaua w Berlinie spostrzeżenia, tyczące się zmian histologicznych błony śluzowej jamy macicy, której część pochwowa i szyja zajęta jest przez raka. Praca ta, której wynikiem jest zdanie, że błona śluzowa jamy macicy okazuje w pewnych razach zwyrodnienie mięsakowe, niewątpliwie przechyliła szalę na stronę doszczętnego usuwania macicy a wyrugowała operacyę częściową, dała pochop do dokładnego badania błony śluzowej całej macicy, które mało dotychczas uwzględniano. Z literatury, z którą poniżej się zapoznamy, przekonać się można, że zdania w kwestyi poruszonej przez Abla są podzielone.

Korzystając z materyału obfitego, nagromadzonego w zakładzie prof. Marsa, podjąłem szereg badań histologicznych, aby się przyczynić do rozjaśnienia kwestyi, czy rzeczywiście zmiany błony śluzowej są tego rodzaju, za jakie uważa je Abel i czy one same przez się usprawiedliwiają wyjęcie macicy w każdym przypadku raka części pochwowej.

Piśmiennictwo.

Abel[9]) badał w siedmiu przypadkach po wyłuszczeniu błonę śluzową jamy macicy. We wszystkich przypadkach znalazł bardzo znaczne zmiany na błonie śluzowej jamy macicy, błona zaś śluzowa szyi nie okazywała zmian. Co do natury zmian, to w trzech przypadkach znalazł zwyrodnienie mięsakowe błony śluzowej (*sarcomatose Entartung*), które tak bliżej określa: Widać na tych preparatach w tkance międzygruczołowej pasma nowo wytworzonych komórek wrzecionowatych. Czasem komórki stają się większe a nareszcie zmieniają się w komórki podobne do przybłonkowych. W przypadku pierwszym uważa Abel zmiany za mięsak okrągłokomórkowy a w dwóch innych za mięsak o komórkach wrzecionowatych. Z pozostałych czterech przypadków, w dwóch uważa zmiany za pierwszy okres mięsaka a w dwóch innych znalazł zmiany zapalne, odnoszące się tak do gruczołów, jak i do tkanki międzygruczołowej. Z badań tych wynika, że rak części pochwowej nie jest cierpieniem miejscowem, że często, chociaż nie zawsze, ulega błona śluzowa jamy macicy zwyrodnieniu mięsakowemu a oprócz tego mamy w niej zmiany zapalne. Zwyrodnienie to nie jest przerzutem, lecz jestto zmiana odrębna, jednak w związku z rakiem części pochwowej zostająca, t. j. że jeden i ten sam bodziec wywołał w dwóch różnych częściach macicy dwa nowotwory złośliwe, formą się tylko różniące, tak jak n. p. prątek gruźlicy wywołać może na skórze gruźlicę w postaci liszaja żrącego (*lupus*) a w płucach w innej formie. Na tej podstawie uważa Abel wyłuszczenie macicy w całości w każdym przypadku raka części pochwowej ze stanowiska anatomopatologicznego za usprawiedliwione.

Tak więc Abel wypowiedział odmienne zdanie, jak Ruge i Veit[10]), którzy w dziedzinie badań nad rakiem wielkie mają zasługi, zdaniem ich bowiem rak w początkowych okresach jest cierpieniem miejscowem.

To zapatrywanie odmienne Abla, na które powołuje się L. Landau[11]) w wykładzie, w którym oświadcza się przeciw operacyi częściowej nawet w początkowych okresach raka, dało hasło do dalszych badań.

Fränkel[12]) z Hamburga na podstawie badań sześciu przypadków raka szyi macicy przyznaje, że błona śluzowa ulega znacznym i ciężkim zmianom, ale chociaż obrazy mikroskopowe jego preparatów są podobne do obrazów Abla, to przecież pod żadnym warunkiem nie może się pisać na rozpoznanie mięsaka, lecz uważa zmiany w tkance międzygruczołowej za wynik chronicznej sprawy zapalnej. Zmiany tyczą się w pierwszej linii systemu gruczołowego a bardzo często i tkanki międzygruczołowej; w gruczołach znajdujemy przerost ilościowy i jakościowy (*hyperplasia et hypertrophia*); w tkance międzygruczołowej zmiany polegają na obecności znacznej ilości komórek wrzecionowatych pojedynczo lub w pasma ułożonych, obok których widać komórki drobne, okrągłe. Pasma te zazwyczaj znajdują się tylko w warstwie błony śluzowej. W niektórych przypadkach znalazł Fraenkel znacznie więcej naczyń.

Wszystkie te zmiany, zdaniem autora, przedstawiają znany dobrze obraz zapalenia chronicznego błony śluzowej macicy, które może być następstwem różnych przyczyn. Zmiany, jakie znalazł Abel, przemawiają za tem, że choroba trwała dłużej. I Fränkel wspomina wyraźnie o różnorodności komórek i o tem, że komórki jednego kształtu przechodzą w drugie. Że to jest właśnie cechą sprawy zapalnej, świadczy o tem ustęp pracy Rugego w dziele Schroedera[13]), w którym wspomina, że we wczesnym okresie zapalenia mamy komórki małe, okrągłe z małą ilością pierwoszcza, później jednak, gdy nie następuje wyzdrowienie, zmieniają się one na komórki wrzecionowate z jądrem owalnem, ułożone w pasma; następnie komórki te powiększają się, zawierają więcej pierwoszcza i stają się podobnemi do komórek doczesny. Trudno jest powiedzieć, czy komórki powstają z ciałek białych, jak chce Ruge, czy też przez dzielenie się istniejących już komórek tkanki łącznej (*kariokinesis*). I jedno i drugie jest możebnem. Do tych samych wyników doszedł Eckardt[14]), który badał jedenaście przypadków z kliniki

[6]) Leopold: Archiv für Gyn. Bd. 36.

[7]) Kaltenbach: Berl. klin. Wochenschrift. 1889.

[8]) v. Ott. Ann. de Gynaek. 1889. Octob. et Novemb.

[9]) C. Abel. Arch. für Gynaeck. Tom 32. Z. 2.

[10]) Ruge i Veit: Der Krebs der Gebärmutter. Zeitschrift f. Geb. und Gynäk. T. VII.

[11]) L. Landau: Berliner kun. Wochenschrift Nr. 10. 1888.

[12]) Fränkel: Arch. f. Gynäk. T. 33. str. 147.

[13]) Schroeder: Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane. 7. Aufl. s. 116.

[14]) Eckardt: Über das Verhalten der Corpusschleimhaut bei Portiocarcinom. Verhandl. der deutschen Gesells. für Gynäk. 1888. s. 295. Ref. Centralblatt f. Gynäk. 1888. Nr. 26.

Kaltenbacha; i on znalazł na błonie śluzowej jamy macicy tylko objawy sprawy zapalnej.

W tej samej sprawie zabrał głos na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego w Berlinie Saurenhaus[15]) głos bardzo poważny, opierający się na badaniu największej liczby przypadków (50).

Z pracy tej, dokonanej na materyale kliniki profesora Olshausena, wynika, że w żadnym przypadku nie znalazł S. prawidłowej błony śluzowej jamy macicy. Znalazł również w większej liczbie przypadków zmiany w mięśniach macicy i uważa je za następstwo długotrwałego drażnienia wywołanego obecnością raka; zmiany te podobne są do tych, które spotykamy w przewlekłem zapaleniu miąższu macicy (*metritis chronica*). Przybłonek na powierzchni błony śluzowej w największej liczbie przypadków nie okazuje zmian; czasem jednak znajdują się cechy przemiany wstecznej, t. j. przybłonek nie posiada rzęsków i ma kształt więcej kwadratowy lub okrągły. Czasem znów nie znajdujemy na powierzchni przybłonka. Te same zmiany znaleść można często także w przybłonkach gruczołów; światło gruczołów bywa często węższe. Kierunek przebiegu gruczołów w błonie śluzowej nie jest do powierzchni prostopadły, lecz równoległy lub skośny; to też mała liczba gruczołów uchodzi na powierzchnię, w skutek czego wydzielina gruczołów zatrzymuje się w przewodzie a gruczoły zmieniają się w torbiele.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O nagłej śmierci.

Napisał

Dr. Edward Piotrowski.

asystent katedry medycyny sądowej w Uniw. Jagiell.

O ile sekcye zwłok osób, które za życia były pod opieką dłuższą lub krótszą lekarzy, budzą interes dla klinika, o tyle sekcye zwłok osób nagle zmarłych bez opieki lekarskiej interesują niezmiernie tak anatomo-patologa, jak też i lekarza sądowego. Śmierć nagłą spotykamy u osób zupełnie zdrowych lub też u osób cierpiących, których jednakże cierpienia nie były tej natury, by śmiercią mogły się zakończyć. Naturalnem następstwem nagłego zejścia śmiertelnego jest strach u osób, żyjących w bliskiej styczności z denatem wobec niewiadomości, co mogło być przyczyną tak nagłej śmierci. Właśnie niewiadomość przyczyny śmierci, ponieważ nie jest wykluczona możliwość, iż śmierć nagła była następstwem zbrodni, jest powodem, iż władze, które mają rozwiązywać podobne zagadki, zostają zaalarmowane każdym podobnym przypadkiem. W niniejszej pracy pominę znaczenie śmierci nagłej dla rodziny lub dla władz a zajmę się tylko interesem, jaki budzą dla prosektora.

Nieraz już same oględziny zewnętrzne, opierające się na wejrzeniu ciała, na zachowywaniu się plam pośmiertnych, ich szybkości w powstawaniu, ich barwy i rozległości, na wykazaniu krwotoków usznych, lub z jamy ust i nosa, na wystąpieniu stężenia pośmiertnego, ciepłoty, podbiegnięć lub ran, naprowadzają zaraz lekarza na przyczynę zejścia; z tego też powodu oględziny zewnętrzne mają ogromne znaczenie w nauce medycyny sądowej.

Wiadomo wszystkim, że plamy pośmiertne w razie nagłej śmierci występują nadzwyczaj szybko i obficie, co zależy przedewszystkiem od ilości i płynności krwi u denata. Człowiek zupełnie zdrów, nie schorowany, gdy nagle zejdzie z widowni świata, musi mieć ilość krwi znaczniejszą, niżli człowiek chory lub charłaczy. Do tego przyczynia się płynność krwi, która jest cechującą przy śmierci nagłej. Obie te własności razem skombinowane są właśnie przyczyną szybkiego powstawania plam pośmiertnych. Nie małą też rolę przytem odgrywa ciężkość samej krwi, powtóre porażenie siły czynnej, utrzymującej krążenie w ruchu, gdyż przez to opad krwi jest szybszy; im rychlej zaś występują plamy pośmiertne i im są obfitsze, tem większą widzimy różnicę w zabarwieniu dolnej i górnej części ciała. Nieraz już po trzech godzinach plamy występują, naturalnie jeżli ciało jest w spokoju. Ponieważ zaś denata zwyczajnie układa się na grzbiecie, przeto też i plamy najczęściej znajdujemy w owem miejscu. W razie, gdy plamy pośmiertne widzimy na innych miejscach, wnosimy, że inne było ułożenie ciała po śmierci. U powieszonych n. p. plamy pośmiertne najwięcej występują na kończynach dolnych; Hofmann zaś podaje dwa przypadki śmierci nagłej w pozycyi siedzącej, wobec czego i plamy pośmiertne najobficiej wystąpiły na pośladkach. Usadowienie się plam, jak z tego widzimy, nieraz może rzucić światło na postawę denata, w której go śmierć zaskoczyła; nieraz wszakże mogą one lekarza niewprawnego w błąd wprowadzić, jak o tem świadczy przypadek przez Maschkę opisany (*Vierteljschr. für ger. Medic.* 1883.), tyczący się kobiety zmarłej nagle w nocy na krwotok mózgowy, którą znaleziono nad ranem leżącą w łóżku na prawej stronie ciała. Obducenci, którzy na to nie zwrócili uwagi, znalazłszy przy sekcyi przekrwienie szyi a nawet wybroczyny na prawej spojówce oka i twarzy, orzekli błędnie, iż śmierć nastąpiła z zadławienia. Usadowienie się plam nie tyczy się tylko miejsc uciśniętych ciężarem ciała własnego lub inną przeszkodą.

Nie mniejszą rolę odgrywa przy śmierci nagłej zabarwienie plam pośmiertnych. Przy śmierci skutkiem prostego porażenia serca plamy pośmiertne są barwy wiśniowej. Odmiennie przedstawiają się jednak w zatruciu tlenkiem węgla, gdzie są jasno różowe, lub w zatruciu chloranem potasowym, gdzie są czekoladowo-szare. W niektórych przypadkach, jak przy utonięciu, przy zamarznięciu, choć krew wewnątrz jest wiśniową, plamy są jasno-różowe.

Nie trzeba również pomijać ciepłoty ciała po śmierci. Według Caspra oziębienie zupełne ciała następuje od 8 do 17 godzin po śmierci. Według innych po 23 godzinach. Co wpływa na rychlejsze lub późniejsze oziębienie się ciała, dotychczas stanowczo jeszcze nie wykazano. To pewna, że dzieci szczuplejsze prędzej ulegają oziębieniu, niż szczupłe osoby starsze; te zaś znów prędzej, niż osoby otyłe. Również i inne okoliczności, jak zimno lub ciepło środowiska, w którem się ciało znajduje, nie mało też znaczą. Sekcyonując w ostatnich latach zmarłych na cholerę, nieraz widziałem podniesienie się ciepłoty ciała po śmierci a nawet w dwóch przypadkach widziałem drganie włókienkowe mięśni, opisane już dawniej przez Dietla, Eppingera, Ieanselma i Draschego. Hofmann spostrzegał podwyższenie ciepłoty ciała po śmierci w tężcu, tudzież w chorobach nerwowych szybko przebiega-

[15]) Saurenhaus: Das Verhalten des Endometriums bei Portio- u. Cervixcarcinom. Bericht über Verhandl. der Gesells. f. Geb. u. Gynäk. zu Berlin. Zeitschrift f. Geb. u. Gynäk. T. XVI. s. 75. i T. XVIII. s. 9. 1890.

jących, nigdy jednak nie obserwował go n. p. w razie utonięcia, zamarznięcia, spalenia lub śmierci w skutek spalenia.

Stężenie pośmiertne też pod niejednym względem zaciekawia obducenta. W zwyczajnych przypadkach ukazuje się ono w 2 do 6 godzin po śmierci. Nieraz jednak w razie śmierci nagłej po mocnych krwotokach, zatruciu strychnina, udarze słonecznym lub rażeniu piorunem, występuje daleko wcześniej. W innych przypadkach, n. p. po zatruciu grzybami, fosforem, nie występuje wcale lub słabo, podobnie jak u płodów poronionych. W nowszych czasach szczególniej Seydel (*Vierteljahr. f. ger. Med.* 1889.) i Du Bois-Reymond zwrócili uwagę, że nieraz stężenie mięśniowe może nie tylko występować po śmierci, ale nawet w czasie śmierci nagłej, co obserwowali w ostatnich wojnach u żołnierzy i koni. Stan ten nazwali kataleptycznem stężeniem pośmiertnem. Hofmann i Falck podobnież widzieli takie stężenie przy śmierci nagłej po zranieniach rdzenia pacierzowego w części szyjnej. W ogólności stężenie pośmiertne u osób zażywnych występuje rychlej i trwa dłużej, niż u indywiduów charłaczych.

Nie mniej inne cechy mają znaczenie, n. p. kierunek bruzdy wisielczej. Że ona rzeczywiście ma wielkie znaczenie, widzieliśmy w przypadku, który się zdarzył w Wiedniu 1. Marca 1895 r. Wdowę J. znaleziono nieżywą w jej pomieszkaniu. Z wejrzenia całego ciała, z rozpoczynającej się już nekrozy mumifikacyjnej na palcach nóg i rąk wnosił Hofmann, że śmierć zaszła z pewnością najmniej przed 10 dniami; z ułożenia zaś bruzdy, z jej kierunku, braku węzła i z innych danych, podał w orzeczeniu, iż śmierć była gwałtowną, skutkiem powieszenia z równoczesnem zadzierzgnięciem. Energiczne śledztwo wykryło, że rzeczywiście w ten sposób ją zamordowano i to przed 9-ciu dniami a spełniono zbrodnię w ten sposób, iż zbrodniarz schwyciwszy kobietę na powróz, zarzucił ją na plecy swoje; będąc wysokim, podniósł ją do góry, przez co ją powiesił. Zaciśnięcie pętli było skutkiem nie tylko działanie ciężaru ciała, lecz też i podniesienia ofiary na pętli i zadzierzgnięcia.

Pomijam na razie inne, również ważne cechy zewnętrzne śmierci nagłej, jak podbiegnięcia, rany wszelkiego rodzaju, wynaczynionki, o których przy opisywaniu przypadków z osobna nadmienię a przystępuję do omówienia właściwych przyczyn śmierci nagłej.

Przypadki nagłej śmierci, w których jest oczywista przyczyna śmierci, bndzą przeważnie zajęcie dla anatomopatologa. Ileż to jednak przypadków dostaje się do sekcyj policyjnych lub sądowych, w których oznaczenie przyczyny śmierci przedstawia niemało trudności. Nieraz znajduje się wprawdzie zmiany patologiczne w narządach, ale nieznaczne, z których w żaden sposób nie można podać przyczyny zejścia, lub też nie wykrywa się przy sekcyi żadnych zmian. W takich razach obducent nie może opierać się tylko na wyniku sekcyi, ale musi uwzględnić okoliczności towarzyszące śmierci.

Każdy uraz w głowę, który nadweręża substancyą mózgową, może być przyczyną zejścia śmiertelnego a to 1) przez uszkodzenie samej substancyi mózgu, 2) przez wstrząśnienie mózgu, 3) przez ucisk wynaczynionej krwi z przerwanych naczyń oponowych. Szczególniej trzeba uwzględniać dwie ostatnie okoliczności; krwotoki bowiem tak podoponowe jak mózgowe zazwyczaj według Lessera (*Die wichtigsten Sectionsergebnisse in 171 Fallen plotzlichen Todes*) wywołują śmierć nagłą w skutek nadmiernego powiększenia ucisku śródczaszkowego. Już wyżej wspomniałem, że krwotoki podoponowe lub mózgowe są zazwyczaj skutkiem urazów, nie trzeba jednak zapominać i o innych przyczynach je wywołujących, jak n. p. o pęknięciach tętniaków naczyń na podstawie mózgu. Hofmann z 20 lat zebrał przypadków takich 75, które opisał 1894. roku w pracy: *Über Aneurysmen der Basilararterien und ihre Ruptur als Ursache des plötzlichen Todes.* Wykazanie jednak takich tętniaków nieraz nie udaje się przy sekcyi, zwłaszcza wtedy, gdy były bardzo małe krwotoki; takie, zdaniem Hofmanna, mają występować częściej u kobiet, niż u mężczyzn; odwrotnie zupełnie jak krwotoki śródmózgowe są następstwem pęknięcia tętniaków znajdujących się w mózgu. Od czego właściwie zależy powstawanie tętniaków i co na nie wpływa, nie jest dokładnie wyjaśnionem. Nie ulega wątpliwości, że tak miażdżyca, alkoholizm jak i kiła mogą je wywołać. Nieraz jednak, zdaniem Hofmanna, wiotkość naczyń z powodu wadliwego rozwoju warstwy mięśniowej i sprężystych pierwocin ścian naczyń tylko trzeba uważać za główną przyczynę. U osób z cienkiemi naczyniami łatwo samo parcie krwi lub wadliwe krążenie wystarczyć może do rozszerzenia tętnic a nawet do ich pęknięcia. Niezmiernego też znaczenia jest przebieg tętniczek na podstawie mózgu; wiadomo bowiem z anatomii, że przebiegają one luźnie lub też są przytwierdzone do sąsiedztwa. Pęknięcia takich tętniaków nie tylko mogą powstać zaraz po urazie, owszem najczęściej tylko silniejszy ruch, upadnięcie lub parcie na stolec wystarcza w zupełności do pęknięcia. Sam widziałem pięć przypadków, dwa w Galicyi, trzy w Wiedniu. Jeden z nich tyczył się pasterki z pod Krakowa zupełnie zdrowej, która przy uganianiu się za bydłem upadła i nagle życie zakończyła. Przy sekcyi znalazłem rozległy krwotok podoponowy jako następstwo pęknięcia małego tętniaka wielkości groszku. Osoba była bardzo młoda, bo liczyła 18 lat i nie miała żadnych zmian w narządach wewnętrznych prócz hypoplazyi układu naczyniowego, tudzież nadzwyczaj wiotkich ścian naczyń. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Badania doświadczalne nad powstawaniem urobiliny.

Wykład na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dnia 17. Kwietnia 1895.

przez

Prof. Dra A. Becka.

(Dokończenie. Patrz Nr. 28).

Jest więcej, niż prawdopodobnem, że sterkobilina kału jest identyczną z urobiliną moczu i pozostaje tylko do rozstrzygnięcia, czy urobilina kału jest źródłem urobiliny moczu i czy jest jedynem jej źródłem.

Zdawałoby się, że przekonać się o tem drogą doświadczenia jest rzeczą prostą: należy tylko u zwierzęcia odciąć dopływ żółci do jelit i badać, jak się zachowuje wtedy mocz. Jednakże doświadczenie tego rodzaju napotyka na tę trudność, że u psa i królika w prawidłowym moczu nie ma urobiliny a jeżeli jest, to w tak małej ilości, że rezultatów ba-

dania nie można uważać za pewne. Zastanawiając się nad tem, co może być przyczyną, że urobiliny nie ma w moczu psa pomimo, że jest w kale, można było przypuścić, że u zwierząt tych treść w jelicie zbyt krótko zalega, że bakterye gnilne nie mają czasu odtlenić barwików żółci. Przeciw temu jednak przemawia to, że pies oddaje twardy kał, zawierający urobilinę a nie barwiki żółci a nadto doświadczenie, w którem psu podawałem makowiec i wywołałem u niego długotrwałe zaparcie a pomimo to urobilina nie występowała w moczu. Pozostawała druga możliwość, że urobilina uległszy wessaniu z jelit, przechodząc przez naczynia włosowate żyły brannej w wątrobie, częściowo w wątrobie pozostaje, częściowo zostaje zwrócona do jelita wraz z żółcią.

Na tę myśl naprowadziło mnie kilka doświadczeń, wykonanych na psach, którym podwiązywałem przewody żółciowe. Po kilku dniach żółć zalegająca u tych zwierząt w rozszerzonych drogach żółciowych nie zawierała urobiliny, gdy żółć psów zdrowych, jak wiadomo, stale zawiera ten barwik. Okoliczność ta przemawiała za tem, że źródłem urobiliny żółci jest sterkobilina kału a dalszego i bezpośredniego dowodu na to dostarczyły mi doświadczenia, wykonane na psie z przetoką żółciową zupełną.

Podczas zakładania przetoki (podwiązywanie przewodu żółciowego głównego i wszycie otwartego pęcherzyka żółciowego w ranę) badanie żółci wydobytej z pęcherzyka wykazało w niej obecność urobiliny. W kilka dni po założeniu przetoki przekonałem się, że urobiliny w żółci nie ma. Tu się rozpoczyna szereg doświadczeń. Kiedy już ani w żółci, ani w kale psa nie było urobiliny, wprowadziłem do żołądka kilkadziesiąt cm. sześc. żółci zebranej u tego psa dnia poprzedniego. Badanie żółci wtedy wykazało, że od chwili wprowadzenia żółci do żołądka, zaczęła się zjawiać w żółci psa urobilina. Dla przykładu przedstawię liczby oznaczające stopień absorbcyi urobiliny:

Po	7 godz. od wprowadzenia żółci do żołądka	0·71091
„	12 „ „ „ „ „ „	0·58321
„	20 „ „ „ „ „ „	0·69209
„	30 „ „ „ „ „ „	0·87928
„	46 „ „ „ „ „ „	0·92131
„	96 „ „ „ „ „ „	0·78403
„	120 „ t. j. po 5 dniach nie było już wcale urobiliny.	

Dziwić może okoliczność, że już po 7 godzinach znajdowała się urobilina w żółci a więc w czasie, gdy nie mogło jeszcze być mowy o tem, aby żółć dostała się do jelita grubego i aby urobilina wytworzona tu pod wpływem bakteryj gnilnych, uległa wessaniu. Wytłómaczenie jednak tego jest bardzo proste: w żółci zbieranej przez całą dobę podczas pory letniej już pod wpływem bakteryj gnilnych z powietrza wytworzyła się pewna ilość urobiliny, która odrazu uległa wessaniu i dostała się już do wątroby gotowa. Później jednak ilość urobiliny w wydzielonej żółci się zmniejszyła a wzrosła dopiero, gdy w jelicie grubem pod wpływem gnicia bilirubina przeszła w sterkobilinę. Badanie kału psa wykazało wtedy też obecność w nim urobiliny. Dalsze doświadczenia, w których podawałem zwierzęciu czystą żółć wołową, nie zawierającą prawie urobiliny, oczywiście w czasie, gdy już urobiliny nie było ani w kale, ani w żółci psa, wydały wynik zupełnie zgodny z poprzedniem.

Doświadczenia te zatem dowodzą, że urobilina żółci ma swoje źródło w urobilinie kału i że jeżeli jej nie ma w jelicie, to nie ma jej i w żółci. Odpada zatem główny punkt oparcia teoryi autorów francuskich, którzy właśnie na tej podstawie uważają wątrobę za miejsce powstawania urobiliny, że znajdujemy ją już w żółci. Mojem zdaniem komórki wątrobowe wyławiają urobilinę, która tu dostaje się przez krążenie żyły brannej z jelit, i oddają ją częściowo do żółci, zwracając ją w ten sposób znów do jelit, być nawet może pewną część zamieniając znowu w bilirubinę. Reszta urobiliny, której komórki wątrobowe nie zużyły, a może i ta część, która wprost z jelit za pośrednictwem naczyń limfatycznych dostała się do obiegu krwi, przechodzi do moczu i jest źródłem urobilinuryi.

Być także może, że w pewnych stanach chorobowych komórek wątrobowych, zdolność ich wyławiania urobiliny i przenoszenia do żółci jest upośledzoną a wtedy wzmaga się ilość urobiliny w moczu. W tem tylko rozumieniu godzę się na t. zw. *insuffisance hepatique*.

Tego samego psa z przetoką żółciową użyłem jeszcze do skontrolowania twierdzenia niektórych autorów, że urobilina kału nie powstaje z barwików żółci, lecz z barwika krwi (hematyny), zawartego w pokarmach. Jakkolwiek to twierdzenie nie wydaje się prawdopodobnem dlatego, że urobilina znajduje się także w kale zwierząt i ludzi, żywiących się tylko pokarmami roślinnymi a nie ma jej w kale osób, w których żółć nie dostaje się do jelit, nawet wtedy, gdy żywią się mięsem, pragnąłem doświadczeniem to stwierdzić. W tym celu podawałem psu do żołądka znaczne ilości krwi lub zmodyfikany barwik krwi (kiszkę krwawą). Badanie kału wykazało tylko obecność hematyny, ani śladu urobiliny, której też nie było i w żółci.

W końcu urządziłem jeszcze jeden rodzaj doświadczeń, ażeby się przekonać, czy obok głównego miejsca wytwarzania się urobiliny, jakiem są jelita, znajduje się w organizmie jeszcze jakie inne źródło; chciałem mianowicie skontrolować tak zwaną teoryę urobilinuryi *haematogenes*. W tym celu (dwa razy tylko) wprowadziłem pod skórę psa 20—50 cm.³ krwi i szukałem następnie urobiliny w moczu, kale i w żółci. Doświadczenia te nie były zbyt dokładne, gdyż pies gorączkował. W ciągu tych doświadczeń pokazała się pewna ilość urobiliny w żółci, nadzwyczaj mała w moczu a wcale jej nie było w kale.

Na podstawie tych dwóch doświadczeń nie można zatem odrzucić twierdzenia, że urobilina wytwarza się także gdzieindziej, może we krwi lub tkankach, w następstwie krwotoków lub pod wpływem stanu gorączkowego. Że w tym przypadku nie mógł wpływ ten być pośrednim przez zwiększenie wydzielania żółci i zwiększenie przez to materyału dla produkcyi urobiliny w jelitach, wynika oczywiście z natury doświadczenia; dopływ bowiem żółci do jelit był tu niemożebny.

W każdym jednak razie oceniając tę bardzo małą ilość urobiliny, która w tych ostatnich doświadczeniach widziałem w żółci w porównaniu do tych znacznych ilości, które występowały po podaniu żółci do przewodu pokarmowego, musimy za główne źródło urobiliny w ustroju uważać światło jelit.

IV. Oceny i sprawozdania.

Ginekologia.

L. Kleinwachter: **O działaniu wstecznem aseptycznej ginekologii i położnictwa na patologię.**

Od czasu wprowadzenia aseptyki i antyseptyki wykonywamy śmiało zabiegi operacyjne, któreby przed 20 laty musiano potępić, ale za to spostrzegamy następowo sprawy patologiczne, których poprzednio wcale nie znano tak, że patologia przedstawia obecnie w części inny obraz, niż dawniej. U kobiet, które poprzednio prawidłowo i na czasie rodziły, następują po celiotomii z powodu jakiegoś ginekologicznego cierpienia liczne poronienia lub porody przedwczesne a to, ponieważ po celiotomii powstałe zrosty lub błony rzekome nie pozwalają ponownie ciężarnej macicy powiększyć się odpowiednio. W przypadkach, w których po *ventrofixatio uteri* następowała ciąża, kończyła się ona przedwcześnie i dopiero po kilku poronieniach lub porodach przedwczesnych rodził się płód donoszony (wessanie, względnie rozciąganie zrostów, przerywających poprzednio ciążę). W przypadkach, w których wykonano celiotomię dla usunięcia rozmaitych guzów u kobiet ciężarnych, gdzie macica uległa zranieniu, została ciąża natychmiast przerwana. Operacye połączone z wielką utratą krwi a przedewszystkiem operacye w sąsiedztwie części rodnych łatwo przerywają ciążę. Widzimy z tego, że istnieje szereg okoliczności, przerywających ciążę, które w czasie przedantyseptycznym nie tylko były nie znane, lecz w ogóle nie istniały. Truzzi i Acconsi zwracają uwagę, że porody przedwczesne, w przedantyseptycznych czasach wywołane, prędzej się zakończały, niż dzisiaj, gdzie czynność bólów jest daleko mniej energiczna. Wtedy było lekkie zakażenie septyczne zwykłym dodatkiem przy powyższym zabiegu a następstwem tego było wzmocnienie bólów; obecnie zaś, kiedy operujemy aseptycznie, czynnik ten odpada a bóle są słabsze. Przez stosowanie środków przeciwgnilnych (sublimatu) w połogu sprowadzamy obrazy chorobowe, których w czasach przedantyseptycznych także nie znano.

Daleko większa jest liczba nowych obrazów patologicznych w następstwie różnorodnych zabiegów chirurgicznych, stosowanych w nowoczesnej ginekologii operacyjnej. Przypiekania jamy macicy a przedewszystkiem szyjki, sprowadzają bardzo znaczne zwężenia z następowymi objawami bolesnego i trudnego miesiączkowania (*dysmenorrhoea)*, do usunięcia których potrzeba znowu długoletniego leczenia a nawet operacyi. Jednym z najczęstszych stanów chorobowych po wielkich operacyach ginekologicznych jest przepuklina brzuszna, w czasie przedantyseptycznym prawie nie znana. To samo tyczy się niedrożności jelit, występujących po wielkich operacyach wśródbrzusznych, szczególnie po owaryotomiach. Tak samo ma się rzecz z rozmaitemi dolegliwościami, ukazującemi się po zaotrzewnowem zaopatrzeniu kikuta nadpochwowo odciętej macicy z następowymi bólami, zboczeniami w czynności pęcherza, wywołanemi przez kikut i blizny, przetokami szyjkowemi i t. d.

Po usunięciu jajników i macicy następują rozmaitego rodzaju zmiany cielesne i umysłowe, „zjawiska braku“ *(Ausfallssymptome)*, dolegliwości w miesiączkowaniu, zboczenia nerwowe przyrody naczynioruchowej, zboczenia umysłowe, dostarczające obrazów chorobowych, znanych dopiero od niedawna. Przez badanie części rodnych wewnętrznych teraźniejsze, często nie bardzo delikatne rękami i rozmaitemi narzędziami sprowadzamy niekiedy rozmaite sprawy zapalne, *perimetritis* i *parametritis*, jeśli ręka nie jest dostatecznie wprawną, aseptyczną, jeśli przeoczymy objawy zapalenia lub zadrażnienia, w ograniczonem miejscu się znachodzące, choć z drugiej strony takie szczegółowe badanie umożliwia dokładne rozpoznanie, wskazania i przeciwskazania dla pewnego zabiegu operacyjnego. Kleinwachter sądzi, że te niekorzystne strony nowoczesnego badania odgrywają daleko większą rolę, niż się to powszechnie przyjmuje, i dają nam wskazówkę, dla czego dzisiaj *perimetritis* i *parametritis*, jakoteż ich pozostałości, częściej napotkać możemy, niż dawniej.

Praca powyższa chciałby Kleinwachter zwrócić na to uwagę, że zabiegi operacyjne, umożliwione antyseptyką i aseptyką, choć uważać je należy za ważne postępy, posiadają także swoje niekorzystne strony, które znowu o tyle są pouczającemi, o ile rozszerzają znany nam dotychczas zakres patologii. *(Wien. med. Presse.* 1894. Nr. 27).

Dr. Baschkopf.

Chirurgia.

J. Dollinger (prof. w Budapeszcie): **Operacyjne usuwanie gruźliczo zwyrodniałych gruczołów limfatycznych karkowych i podszczękowych bez pozostawienia widocznej blizny.**

Celem uniknięcia tak bardzo szpecących blizn po wyłuszczeniu gruczołów chłonnych używa autor następującego postępowania: Po dokładnej desinfekcyi głowy i włosów prowadzi cięcie skórne na karku, powyżej zewnętrznego przewodu usznego, o centymetr poniżej granicy włosów, przebiegające w długości 5 do 6 centymetrów ku dołowi i tyłowi. W razie potrzeby może cięcie sięgać aż do środka karku. Przedni dolny brzeg rany oddziela się nożem w pewnej długości, niżej oddziela się skórę na tępo częścią palcem, częścią za pomocą elewatora, dopóki nie dotrze się ku przodowi aż do gruźliczych gruczołów chłonnych. Uchwyciwszy je kleszczykami Muzeuxego, oddziela się je od tkanki otaczającej i usuwa. Tym sposobem udało mu się gruczoły z okolicy podbródkowej i obojczykowej pociągnąć aż przed ranę i wyłuszczyć. Tkankę łączną preparuje się od gruczołów po wydobyciu ich poprzed ranę. W kilku przypadkach oddzielił Dollinger gruczoły od żyły jarzmowej, nie kalecząc jej. Po wyłuszczeniu gruczołów zeszywa się skórę. Według tego postępowania możnaby także usunąć skórzaki i torbiele jednokomorowe. *(Pester medic. chir. Presse*, 1894. Nr. 14).

Dr. Bf.

Choroby zakaźne.

Scherer: **Przyczynek do rozpoznania nagminnego zapalenia opon mózgordzeniowych.**

W 18 przypadkach zapalenia opon nagminnego, w znacznej części potwierdzonych wynikiem sekcyi, zdołał Scherer w śluzoworopnej wydzielinie nosa w pierwszych dniach choroby wykazać obecność *diplococcus intracellularis* Weichselbauma. W kilku z tych przypadków dopiero przez założenie hodowli udowodnił S. obecność tego drobnoustroju, w innych wystarczało bezpośrednie badanie mikroskopowe (potwierdzone potem hodowlami). Dla kontroli badał S. około 50 wydzielin nosa osób zdrowych i innymi chorobami dotkniętych i znalazł dyplokoki tylko 2 razy; raz u lekarza, który kierował desinfekcyą mieszkania, gdzie przebywał chory na zapalenie opon, drugi raz u chorego tyfusowego z atypowym przebiegiem gorączki. Na podstawie swoich spostrzeżeń widzi się S. uprawnionym do wniosku, że zakażenie ustroju w zapaleniu opon nagminnem następuje za pośrednictwem dróg oddechowych i że badanie wydzieliny nosa w tych przypadkach może mieć znaczenie rozpoznawcze i to tem donioślejsze, im wcześniej się go dokona. *(Centralblatt f. Bacteriologie u. Parasitenkunde.* T. XVII. 1895. Nr. 13. i 14).

Dr. Ciechanowski.

Anatomia patologiczna.

R. Kretz: **Sprawozdanie sekcyjne z 200 przypadków błonicy z szczególniejszem uwzględnieniem leczonych surowicą właściwą.**

Autor, prosektor szpitala Franciszka Józefa w Wiedniu od początku roku 1894. do 24. Marca 1895. dokonał sekcyj na 200 zwłokach osób zmarłych z powodu błonicy samoistnej, pierwotnej. Cały materyał sekcyjny dzieli autor w swych tablicach na 3 gromady. Do pierwszej zalicza przypadki bło-

nicy zgorzelinowej, kończące się śmiercią w kilku pierwszych dniach; do drugiej zalicza przypadki błonicy, do których dołączają się ostre choroby gorączkowe, jak zapalenie płuc, gruźlica ogólna; do trzeciej wreszcie zalicza przypadki błonicy, do której przyłączają się choroby długo trwające, wyniszczające, jak chroniczne zapalenia płuc, ropnica, gruźlica. Osobno we wykazach swoich uwzględnia autor porażenie serca i choroby nerek. Mając na uwadze, iż śmiertelność chorych na błonicę, leczonych metodami dawnemi wynosiła 44%, leczonych zaś surowicą 12·7% i zestawiwszy grupami obie metody leczenia przychodzi autor do wniosku, iż leczenie surowicą łagodzi u chorych na błonicę niebezpieczeństwo pierwotnej sprawy a przez to przedłużanie życia zwiększa szanse wyleczenia. *(Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 14. 1895).

Dr. Komorowski.

Choroby dzieci.

Izor Alfoldi: **Przypadek śmierci skutkiem zapobiegawczego zastrzyknięcia surowicy przeciwbłoniczej.**

Trzechletniej dziewczynie zastrzyknięto, ulegając woli rodziców 2 cm.³ numeru pierwszego surowicy Behringa a to celem zapobieżenia rozwinięcia się błonicy, którą stwierdzono u brata. Następnego dnia po zastrzyknięciu dostrzeżono, że dziecko jest osłabione; w dwa dni po zastrzyknięciu znaleziono ciepłotę 40·2 bóle w krzyżach, i dużo białka w moczu. Trzeciego dnia nudności i wysypka z wynaczynionkami na skórze, wreszcie czwartego dnia śmierć. *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Maj 1895).

Niestety nie wykonano w tym przypadku sekcyi a wobec tego i twierdzenie autora, że śmierć nastąpiła skutkiem zastrzyknięcia surowicy, nie ma dostatecznego poparcia. (Przyp. sprawozdawcy). *Dr. Raczyński.*

Zapiski terapeutyczne.

91. F. Klemperer i E. Levy: O surowicy swoistej w durze brzusznym (z pracowni kliniki lekarskiej w Sztrasburgu w Alzacyi). Lubo sprawa leczenia błonicy surowicą swoistą przedstawia się teraz korzystnie, to jednakowoż mimo rozpraw nad nią na kongresie monachijskim nie można i teraz wyrzec o niej żadnego zdania stanowczego, na które zapewne przyjdzie czekać jeszcze kilka lat. Dlatego nie ociągając się, należy próbować leczenia surowicą swoistą i innych chorób zakaźnych tem bardziej, że ze skutków leczenia błonicy surowicą swoistą nie można z góry nic przesadzać działania tego czynnika w innych chorobach zakaźnych. Gdy n. p. leczenie błonicy surowicą swoistą jest niewątpliwie skuteczne, nie widać pomyślnego działania tego środka w tężcu *(tetanus)*.

Dlatego w każdej chorobie zakaźnej trzeba osobno próbować surowicy swoistej.

Taką chorobą zakaźną, nadająca się do prób ze surowicą swoistą jest dur brzuszny, którego czynnik etyologiczny jest znany i który przychodzi do naszego leczenia jeszcze przed zupełnem rozwinięciem się, przeciwnie zupełnie jak tężec.

Jakoż w wielu miejscach próbowano seroterapii w durze brzusznym, doniesienie jednak naukowe mamy w tej mierze dopiero od Peipera, który oświadczył na tegorocznym kongresie dla medycyny wewnętrznej w Monachium, iż wraz z Beumerem immunizował owce przeciw lasecznikom durowym i z surowicą z nich otrzymaną robił próby na zwierzętach a miał je robić także i na ludziach, z czego atoli dotychczas jeszcze nie zdał sprawy.

W laboratoryum kliniki lekarskiej w Sztrasburgu już od trzech lat pracuje się nad uzyskaniem surowicy swoistej przeciw durowi brzusznemu. Ponieważ z powodu długiego trwania choroby potrzeba będzie w durze brzusznym nieraz wstrzykiwać płyn uodporniający a zatem w każdym przypadku potrzebować go w znacznej ilości, postanowiono użyć do doświadczeń zamiast surowicy mleka swoistego, które też bez trudności otrzymano z kozy. Pokazało się wprawdzie, że mleko działa o wiele (w przybliżeniu 10 razy) słabiej, spodziewano się jednak, iż ilością można będzie to sobie wynagrodzić.

W praktyce wystąpiły trudności użycia mleka swoistego; mleko to bowiem zadane przez żołądek, działało u człowieka bardzo słabo, nawet po zobojętnieniu kwaśnej treści żołądka, natomiast przekonano się, iż działanie mleka występuje rychło i dobrze po wprowadzeniu go do odbytnicy. Niestety tej drogi u chorych na dur brzuszny użyć nie można, ponieważ nie mogą oni, przynajmniej w przypadkach cięższych, zatrzymać w sobie lawatyw. Pozostały przeto oczywiście tylko wstrzykiwania podskórne, do których, rzecz prosta, nadaje się bez porównania lepiej surowica, niż mleko.

Wobec tego postanowili autorowie używać tylko surowicy a za przedmiot swych doświadczeń obrali psa, który ma znaczną, wrodzoną odporność przeciw lasecznikom durowym. Jakoż nawet 15 cm.³ dwudniowej hodowli bulionowej właściwego lasecznika o średniej jadowitości wprawia małego psa w znaczną wprawdzie chorobę, jednakowoż go nie zabija.

Z doświadczeń tych okazało się, iż surowicą psią można zwierzęta immunizować przeciw lasecznikom durowym i leczyć skutecznie nawet w pewnym czasie po zakażeniu.

Ponieważ taka surowica, jak przekonali się autorowie na samych sobie, w dawce 5 cm.³ nie wywiera żadnego działania trującego, przeto od niej rozpoczęli swe doświadczenia na chorych na dur brzuszny. Takich chorych mieli oni pięciu, z których każdy w trzech wieczorach z rzędu dostawał po 20 cm.³, razem więc 60 cm.³ surowicy rzeczonej. Chorzy znosili te wstrzykiwania bez żadnych dolegliwości, mianowicie nie było po nich ani zmian na skórze ani białkomoczu. Wszyscy chorzy znajdowali się w pierwszym tygodniu choroby, u wszystkich przebiegała choroba lekko, czego oczywiście nie można kłaść koniecznie na karb terapii. To tylko pewne, że wstrzykiwania rzeczone są całkiem nieszkodliwe i że choroby nie przerywają. Zdaje się, iż choroba pod wpływem wstrzykiwań przebiega łżej i prędzej, niż zwykle, ale pewność w tej mierze można mieć dopiero po doświadczeniach zbiorowemi siłami na wielkim materyale tak klinicznym i szpitalnym, jak i w praktyce prywatnej.

Autorowie spodziewają się, że surowica swoista skracać będzie i łagodzić przebieg duru brzusznego i widzą w tem słusznie oczywistą dla chorych korzyść. *(Berliner klinische Wochenschrift* 15. Lipca 1895).

92. Aufrecht: W sprawie leczenia zimnicy (ze szpitala w Magdeburgu). Autor nie myśli podawać nowych środków przeciw zimnicy, ale chce tylko zwrócić uwagę, że w uporczywych, przewlekłych przypadkach tej choroby można przez stosowną modyfikacyę dwóch leków oddawna znanych uzyskać wiele dogodności i większą pewność skutku.

Przedewszystkiem nie wolno zapominać o dawnym przepisie, żeby chininę zadawać na 3 do 4 godzin przed spodziewanym napadem. Najodpowiedniejszym przetworem jest wodochlorek chininy (*chininum muriaticum*) w dawce gramowej dla dorosłych. Po niepojawieniu się pierwszego od zadania chininy napadu bardzo dobrze jest zadać równą dawkę w odpowiednich godzinach trzech dni, na które stosownie do typu choroby przypadałyby napady. Chininę najlepiej zadawać w opłatku nie zaś w postaci tabliczek komprymowanych, które niekiedy bez zmiany opuszczają ustrój.

U dzieci w miejsce wodochlorku chininy najlepiej użyć obojętnego garbnikanu chininowego (*chininum tannicum neutrale*), niemającego żadnego smaku a wyrabianego przez aptekarza Rozsnyaya w Aradzie na Węgrzech. Ponieważ środek ten jest znacznie słabszy od wodochlorku chininy, przeto trzeba go użyć w dawce trzy razy większej, najlepiej w postaci płynu rozmąconego lub z powidełkami, marmeladą jabłczaną albo jaką gęstą potrawą.

W przypadkach nader uporczywych, którym samą chininą rady dać nie można, zaleca się bardzo kombinacya chininy z kwasem arsenawym (*acidum arsenicosum*) czyli arszenikiem białym według przepisu: Rp. *Acidi arsenicosi 0·30, chinini muriatici 5·00, pulv. radd. liquiritiae 4·00, succi li-*

quiritiae q. s. ut f. l. a. pill. centum. Consp. pulv. lycopodii. S. Trzy razy dziennie zażywać po 2 pigułki po jedzeniu.

Taką liczbę pigułek trzeba powtórzyć raz lub dwa razy.

W przypadkach z wielkiem obrzmieniem śledziony i znacznym upadkiem sił, zadaje autor po 0·60 wodochlorku chininy na 3 do 4 godzin przed spodziewanym napadem, dawkę tę powtarza w 6 dniach odpowiednich, nawet gdy napadu zimnicy nie ma a prócz tego zadaje wymienione pigułki po 2 razy dziennie. Po zaprzestaniu chininy wraca do 6 pigułek dziennie w sposób już podany. *(Therapeutische Monatshefte.* Lipiec 1895).

93. Groedel (w Nauheimie): O kąpielach w stwardnieniu tętnic, *arteriosclerosis* (z posiedzenia Towarzystwa balneologicznego w Berlinie od 7. do 11. Marca b. r.). Zazwyczaj unika się kąpieli w stwardnieniu tętnic z obawy o podwyższenie się ciśnienia krwi w naczyniach; pamiętać wszakże należy, że w kąpieli, której temperatura jest niższą od temperatury ciała, podniesienie się ciśnienia w naczyniach wnętrza wyrównywa się wkrótce przez ich rozszerzenie tembardziej, iż zmniejsza się skurczenie naczyń w skórze, osobliwie jeżeli w wodzie są sole i kwas węglowy. Podwyższenie ciśnienia krwi w naczyniach jest i mniejsze i nie następuje tak rychło, jeżeli w miejscach tkliwych zlewa się ciało wodą i zanurza je w wodę powoli lub używa półkąpiołek. Dla bezpieczeństwa dobrze jest dać na głowę zimne okłady lub worek z lodem.

Kąpiele o temperaturze wyższej od temperatury ciała są niebezpieczne; natomiast okazało doświadczenie, że kąpiele o temperaturze niższej od temperatury ciała nie przedstawiają w stwardnieniu tętnic żadnego niebezpieczeństwa, są w gośćcu, dnie (*arthritis*) i neurastenii skuteczne i wpływają korzystnie na objawy stwardnienia tętnic, nie lecząc go oczywiście, co szczególniej powiedzieć można o szczawach naturalnie ciepłych, chlorek sodu zawierających, jakie np. są w Nauheimie. Przeciwwskazane są kąpiele w czasie krótszym niż pół roku po atakach apoplektycznych skutkiem krwotoku lub zatoru, tudzież zakrzepie (*thrombosis*) tętnic mózgowych.

W dyskusyi nad tym odczytem oświadcza Kisch, że w wysokich stopniach stwardnienia tętnic w postaci przyspieszenia tętna i dusznicy bolesnej (*angina pectoris*), najlepiej kąpieli nie używać, zrzec się zaś zupełnie kąpieli borowinowych i parowych, natomiast zalecić można picie wód mineralnych, zawierających mało kwasu węglowego. *(Ther. Monatshefte* Lipiec 1894).

94. Serrée: Woda chloroformowa *(aqua chloroformii).* Zdaniem autora najlepszy sposób przyrządzenia wody chloroformowej (używanej nieraz z pomyślnym skutkiem w chorobach żołądka, mianowicie wrzodzie jego okrągłym. Porówn. Nr. 1. *Przeglądu lekarskiego* z r. 1894.) jest następujący: 1 część chloroformu kłóci się mocno z 200 częściami wody destylowanej w naczyniu do $^3/_4$ napełnionem 8 do 10 razy, za każdym razem przez trzy minuty i płyn w ten sposób otrzymany przechowuje się w naczyniach szczelnie zamkniętych i w miejscu chłodnem. Ponieważ chloroform rozpuszcza się w wodzie w stosunku 1:140, przeto utrzymuje się bez zmiany w roztworze sporządzonym podług powyższego przepisu. *(Pharm. Zeitung* 45. 1895).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 18. Lipca 1895 r.

— VII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie. W dniu 16. b. m. o 9. rano w sali wykładowej kliniki chirurgicznej rozpoczęły się czynności naukowe Zjazdu, w którym bierze udział liczne grono chirurgów miejscowych i zamiejscowych. Uniwersytet Jagielloński reprezentowali: rektor prof. Dr. Browicz, profesorowie: Domański, Gluziński, Jordan, Korczyński, Mars i Walentowicz; szpital św. Łazarza prof. Dr. Ponikło, korpus wojskowy lekarski grono lekarzy wojskowych z lekarzem sztabowym Drem Molitorem na czele.

Zjazd zagaił prof. Dr. Rydygier następującem przemówieniem:

Panowie! VII. Zjazd chirurgów polskich zagajam z większą otuchą, niż ostatnie. Rozpoczęta w tym roku budowa nowej kliniki chirurgicznej we Lwowie, daje nam pewność, że niebawem przybędzie nam nowe ognisko naukowej pracy chirurgicznej, które obok dziś już istniejących znakomicie przyczynić się musi do rozwoju chirurgii naszej a tem samem na korzyść wyjdzie naszym Zjazdom. Mam niepłonną nadzieję, że nowe to słońce nie tylko bezpośrednio prześle nam swoje promienie, ale zdoła poruszyć cały nowy system gwiazd, w coraz to szerszych kołach rozpalając ogień szczerego zamiłowania do pracy około wywyższenia nauki ojczystej.

Z pełną więc ufnością rozpoczynamy swoją pracę.

Niestety, po raz pierwszy na naszych Zjazdach wspomnieć muszę o stracie i to stracie ogromnej, jaką poniosła chirurgia polska a z nią i nasze Zjazdy. Władysław Matlakowski wprawdzie nigdy nie mógł być obecnym osobiście na naszych Zjazdach, ale nie mniej żywy i serdeczny brał w nich udział. Zasługi i zalety tego niezrównanego Kolegi są nam wszystkim żywo w pamięci i dlatego nie potrzebuję się obszernie nad niemi rozwodzić. Długi szereg prac jego nie tylko treści chirurgicznej mówi najdobitniej o jego niezwykłych zdolnościach, o jego talencie, o jego ogólnem wykształceniu. A cóż dopiero mówić o jego charakterze, lubującym się we wszystkiem, co piękne i wzniosłe. Cześć Jego pamięci! Panowie pozwolą, że w imieniu Zjazdu wyślę telegram kondolencyjny do zacnej jego żony. (Zgromadzenie uczciło pamięć zmarłego przez powstanie i uchwaliło jednomyślnie wysłać telegram kondolencyjny).

A teraz przystępujemy do załatwienia spraw administracyjnych. Naprzód musimy się załatwić z wyborami.

Przez aklamacyą został stałym przewodniczącym nadal profesor Dr. Rydygier, zastępcą jego również stałym prof. Dr. Obaliński, sekretarzem doc. Dr. Bossowski, podskarbim prof. Dr. Trzebicky.

Na honorowych przewodniczących powołano Drów Jasińskiego i Ziembickiego ze Lwowa.

Na posiedzeniu pierwszego dnia mieli wykłady:

1) Prof. Gluziński: Przyczynek do symptomatologii przedziurawienia jelit. W dyskusyi zabierali głos: prof. Obaliński, Dr. Ziembicki i prelegent.

2) Prof. Rydygier: Zmiana w postępowaniu operacyjnem przy wycięciu odźwiernika. W dyskusyi zabierali głos: Jasiński, Wehr, Barącz i prelegent.

3) Prof. Obaliński demonstrował i objaśniał preparaty tyczące się nowoczesnej chirurgii brzucha. W dyskusyi zabrali głos: Barącz, Jasiński, Szuman, Wehr, Rydygier i prelegent.

4) Tenże: Sposób powstawania i leczenie operacyjne torbieli trzustki. W dyskusyi zabrał głos Dr. Kryński.

5) Dr. Jasiński: Pięć przypadków laminektomii. W dyskusyi przemawiali: Ziembicki, Bossowski, Drobnik i prelegent.

6) Prof. Obaliński: O modyfikacyi postępowania operacyjnego podanego przez Gleicha celem leczenia bolesnego płaskonogu. W dyskusyi interpelował Dr. Gabryszewski.

7) Prof. Rydygier demonstrował nowsze narzędzia chirurgiczne.

Nastąpiła przerwa godzinna, poczem o godzinie 1. w południe rozpoczęto na nowo rozprawy:

8) Prof. Jordan: O wartości rozmaitych sposobów myomektomii. W dyskusyi zabierali głos: Ziembicki, Obaliński, Rosner, Szuman, Rydygier i prelegent.

9) Dr. Ziembicki: Dodatek do wykładu prof. Jordana.

10) Dr. Rosner mówił w sprawie zapobiegania wypocinom szypuł po wycięciu guzów brzusznych. W dyskusyi zabrali głos: Drobnik, Bogdanik i Rydygier.

11) Ostatni przemawiał Dr. Świtalski: O wywoływaniu sztucznego ropienia celem wyleczenia ropnicy. W dyskusyi zabrali głos: Gabryszewski i Drobnik.

O godzinie $4^1/_4$ po południu zamknął przewodniczący, prof. Rydygier obrady pierwszego dnia Zjazdu.

17. Lipca. Drugi dzień Zjazdu. Obrady poprzedziło zwiedzenie oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza, gdzie kierownik oddziału, prof. Obaliński już od godziny 7½ rano oprowadzał licznie zebranych uczestników, demonstrując interesujące przypadki i objaśniając według najnowszych wzorów i wymagań urządzone lokalności, jakoteż utensilia chirurgiczne.

O godzinie 9. przewodniczący otwarł posiedzenie w sali wykładowej kliniki chirurgicznej, oddając głos:

1) Prof. Bujwidowi, który demonstrował na ekranie za pomocą projekcyi preparaty z hodowli bakteryj błoniczych.

2) Dr. Stępiński opisał ośm przypadków trepanacyi czaszki. W dyskusyi zabierali głos: Jasiński i Drobnik.

3) Dr. Barącz mówił o antroattykotomii sposobem Stackiego i demonstrował odpowiednie preparaty i rysunki.

4) Dr. Jasiński wyłożył również rzecz o antrotykotomii popartą licznemi objaśnieniami na preparatach anatomicznych.

5) Prof. Obaliński przedstawił rekonwalescentkę ze swego oddziału, u której usunięto guz z jamy czaszkowej. W dyskusyi objaśnił prof. Browicz przyrodę i budowę anatomiczną wyciętego guza.

6) Dr. Bogdanik mówił o operacyach na woreczku żółciowym, przedstawiając równocześnie chorego po przebyciu takiej operacyi.

7) Dr. Ziembicki miał rzecz o cholecystektomii i poczynił uwagi nad septyczną formą kamicy żółciowej (*cholelithiasis*). W dyskusyi ożywionej nad sprawą leczenia chorób woreczka żółciowego zabierali głos: Gluziński, Obaliński, Rydygier, Korczyński, Ziembicki i Cybulski.

8) Prof. Rydygier: W sprawie leczenia promienicy z demonstracyą chorego.

9) Dr. Barącz: Leczenie promienicy jodkiem potasu.

Po przerwie godzinnej o 1-szej po południu podjęto na nowo obrady:

10) Dr. Gabryszewski mówił o operacyach upiększających, przedstawiając rysunki zdjęte z chorych. W dyskusyi zabrali głos: Barącz, Jasiński i prelegent.

11) Docent Dr. Bossowski wyłożył rzecz o leczeniu radykalnem przepuklin pachwinowych u dzieci w pierwszych latach życia. W dyskusyi przemawiali: Schramm, Drobnik, Szuman, Skowroński, Obaliński, Bogdanik, Gabryszewski i prelegent.

12) Dr. Kryński: O leczeniu wynicowania pęcherza moczowego, z demonstracyą chorego. W dyskusyi zabrał głos: Obaliński.

13) Dr. Skowroński: Przedstawienie chorego z rzadkiem cierpieniem skóry.

14) Dr. Kryński przedstawił chorą z zapaleniem ropnem w tylnym przestworze śródpiersiowym po dokonaniu operacyi. W dyskusyi zabierali głos Rydygier i Ziembicki.

15) Dr. Krasowski przedstawił chorego po operacyi nowotworu złośliwego na kończynie górnej.

16) Dr. Drobnik przytoczył dalsze doświadczenia swoje nad rozdzieleniem i przeniesieniem czynności mięśni w porażeniach dziecięcych.

17) Dr. Kozłowski mówił o biodrze koszlawem, przedstawiając chorych dotkniętych tem cierpieniem.

18) Prof. Trzebicky: O zastosowaniu jodku skrobi w chirurgii.

19) Dr. Kozłowski: O wyjałowieniu katgutu podług Repina, z demonstracyami.

20) Dr. Wehr: O formaldehidzie, z demonstracyą. W dyskusyi przemawiał Kozłowski.

21) Prof. Rydygier przedstawił znaczną liczbę chorych z gruźlicą stawów leczonych metodą zachowawczą i operacyjną.

O godzinie 4-tej po wyczerpaniu porządku zamknął przewodniczący rozprawy i dziękując uczestnikom za liczne przybycie, żywe i interesujące wykłady, pożegnał ich życzeniem zobaczenia się wzajemnego w roku przyszłym.

— Wieczorem 17. b. m. odbyła się w pięknym apartamencie Grand hotelu na cześć prof. Rydygiera, jako inicyatora i stałego przewodniczącego Zjazdów chirurgów polskich uczta dana przez członków Zjazdu, na której przemówienia świadczyły dobitnie tak o szacunku, którym się cieszy profesor Rydygier, jak i o koleżeństwie, które łączy ze sobą chirurgów.

— Coraz większą zmianę na lepsze dobrych już i tak stosunków higienicznych i demograficznych wykazuje datami statystycznemi Szwajcarya. I tak gdy w roku 1890. zawarto w tym kraju małżeństw 20.836, urodziło się 81.620, umarło 61.805, na 1000 mieszkańców zawarło małżeństw 7·09, urodziło się 27·78, umarło 21·04, na 100 zmarłych uległo gruźlicy 13·8, doszły stopniowo do roku 1894. odpowiednie po kolei daty do 22.573, 84.478, 60.711, 7·32, 29·05, 20·50 i 12·8. Powiększyła się jedynie śmiertelność z błonicy; gdy bowiem w roku 1890. na 100 przypadków śmierci przypadło z błonicy 1·6, było ich w tym samym stosunku w 1894. roku 3·2, zatem dokładnie dwa razy więcej. Ludność wynosząca 2,938.009 w roku 1890. doszła w roku 1894. do 2,986.848. Powiększenie się śmiertelności z błonicy, które zresztą wyrównane a nawet przewyższone jest przez zmniejszenie się śmiertelności z gruźlicy, wykazują w ostatnich latach także i inne państwa, mianowicie Anglia a w niej Londyn.

— Austryackie ministerstwo handlu oświadczyło na wniesioną do siebie w tej mierze prośbę, iż kości wolno przesyłać koleją żelazną tylko w osobnem, szczelnem zapakowaniu, nie wolno zaś ich przesyłać luźnie, nawet w umyślnie w tym celu zbudowanych wagonach szczelnych.

— Według dat opartych na obserwacyach meteorologicznych w latach 1886 do 1890. średnia roczna temperatura Kairu wynosiła 21·28°, przyczem najwyższa temperatura doszła dnia 13. Czerwca 1886 do 47·89°, najniższa zaś była 1. Stycznia 1890. i wynosiła 0·9°. Dni dżdżystych było w roku średnio 24 a średni opad roczny 30 milimetrów (w Krakowie 634 mm.). W Aleksandryi była temperatura średnia roczna 20·28°, najwyższa 10. Maja 1889. roku 38·11, najniższa 22. Stycznia 1889. roku 6·61, średnia liczba dni dżdżystych 40, średni roczny opad atmosferyczny 208 milimetrów.

Wypada ztąd, że między temi dwoma miastami zachodzi znaczna różnica pod względem klimatycznym. Kair jest od Aleksandryi gorętszy w lecie a zimniejszy w zimie i w ogólności od niej suchszy.

— Według wykazów urzędowych było uczniów medycyny w 117 uniwersytetach Stanów Zjednoczonych i Kanady w 1892 roku 18345, w 1893 roku 18500, w 1894 roku 20800 na ludność 70 milionową. Jeden uczeń wydziału lekarskiego przypada w Wielkiej Brytanii na 5286, we Francyi na 7776 a w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie na 3365 mieszkańców.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 28. Z. Kramsztyk: Odcinek siatkówki zachowujący swą czynność przy zupełnym zatorze głównego pnia tętnicy środkowej. E. Flatau: Nauka o neuronach (dok.). A. Malinowski: Leczenie chorych na błonicę surowicą. — W *Medycynie* Nrze 28. S. Orłowski: Przypadek padaczki częściowej ciągłej (dok.). L. Rydygier: O leczeniu wgłobień jelitowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 24. Lipca b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie nadzwyczajne w sprawie słownika lekarskiego, poczem kol. prof. Walentowicz przedstawi okazy patologiczne i hodowle zarazy świń.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.